

autorisé à la discuter. On ne peut toutefois pas la résoudre d'une manière complète, car il s'agit là d'une convenue en quelque sorte personnelle pour chaque malade. Il en est qui s'accommodent très bien d'une ankylose à angle droit; d'autres, au contraire, ne pouvant exercer convenablement leur profession, réclament vivement la récupération des mouvements. Mon opinion à cet égard est que le chirurgien *peut* accéder au désir du malade, mais ne doit pas presser sur sa détermination : c'est en effet une de ces opérations dites de complaisance, et, si la résection du coude n'est plus grave aujourd'hui, ce n'en est pas moins une opération sérieuse. D'autre part, êtes-vous bien certain, même après la résection, de ne pas voir se reproduire une ankylose? Non, vous ne l'êtes pas, et il est même bon d'en prévenir les malades avant qu'ils se décident à l'opération; dans un cas, et il s'agissait cependant d'une jeune fille de seize ans, je n'ai pu, quoi que j'aie fait, éviter la reproduction de l'ankylose osseuse, comme s'il existait chez quelques sujets une diathèse ankylosante.

La résection orthopédique pratiquée dans le but de créer une néo-articulation exige des soins consécutifs spéciaux. Il faut mobiliser rapidement les extrémités osseuses et les maintenir écartées l'une de l'autre, ce qui nécessitera ordinairement l'emploi de l'extension continue.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'AVANT-BRAS.

La région de l'avant-bras ne présente, si on en excepte les fractures, à peu près aucune affection chirurgicale qui lui emprunte des caractères particuliers et mérite une description spéciale. Il en existe, il est vrai, un certain nombre à la partie inférieure, mais elles font en réalité partie de la région du poignet.

Il me semble donc inutile d'insister sur les contusions, les plaies ou les diverses tumeurs dont peut être affecté l'avant-bras. Je dirai seulement qu'il n'est pas rare de voir les plaies atteindre les artères radiale et cubitale. La seule conduite à tenir dans ce cas est d'aller dans la plaie à la recherche de l'artère blessée et d'en lier les deux bouts.

La méthode de choix pour l'amputation de l'avant-bras est la

méthode à deux lambeaux. Je répéterai toutefois ce que j'ai déjà dit à propos du coude : la méthode circulaire donne aussi de bons résultats, surtout vers le tiers supérieur, où le membre reprend une forme sensiblement arrondie.

Faites un lambeau antérieur et un postérieur; tracez les lambeaux de dehors en dedans en ne comprenant d'abord que les téguments dans l'incision; relevez ceux-ci jusqu'à mi-hauteur du lambeau et divisez ensuite les muscles par transfixion. Les lambeaux relevés, sectionnez avec soin les chairs de l'espace interosseux et sciez les deux os au même niveau en commençant et finissant par le cubitus, qui fournit à la scie le meilleur point d'appui.

Lorsque le radius ou le cubitus sont atteints de nécrose et qu'il est nécessaire d'enlever soit un séquestre, soit une partie de l'os, attaquez l'avant-bras par ses bords. L'opération est alors inoffensive et des plus simples.

Fractures de l'avant-bras. — Ces fractures sont très fréquentes et résultent ordinairement d'une chute ou d'un coup. (Je ne comprends pas sous ce titre la fracture de l'extrémité inférieure du radius.)

Il est en général très facile de les reconnaître, surtout lorsque les deux os sont atteints à la fois, mais le diagnostic est plus obscur, si l'un des os est fracturé isolément.

Dans ce dernier cas, en effet, l'os intact forme attelle, l'avant-bras est à peine déformé et les signes de la fracture sont beaucoup moins apparents, surtout vers le tiers supérieur, où les chairs sont plus épaisses. Les renseignements fournis par le malade attirent d'abord votre attention : il vous dit que depuis l'accident il ne peut tourner le poignet et qu'il éprouve une vive douleur dans un point fixe, soit à la pression, soit en cherchant à exécuter des mouvements. Explorez alors les bords radial ou cubital en les saisissant entre le pouce et l'index, et vous arriverez facilement à déterminer d'une façon précise le point douloureux. Placez maintenant une main au-dessus et l'autre main au-dessous de ce foyer de douleur et imprimez à l'os sous-jacent des mouvements alternatifs en sens inverse, suivant l'axe antéro-postérieur de l'avant-bras ; vous obtiendrez toujours une légère mobilité anormale, mais surtout une crépitation bruyante qui fixera tout de suite le diagnostic.

Les fragments n'ayant subi que peu ou pas de déplacement,

la réduction n'est pas nécessaire. Immobilisez l'avant-bras dans une gouttière plâtrée ou simplement faite avec du carton mouillé, et placez-le dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination.

La fracture des deux os porte en général sur la partie moyenne de l'avant-bras. Établissez une grande distinction suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte.

L'avant-bras est l'une des parties les plus sujettes aux fractures chez l'enfant, et, détail fort important, elle peut être incomplète, ce qui n'a jamais lieu chez l'adulte. Les os se ploient comme un morceau de bois vert qui éclate du côté de la convexité et reste intact du côté de la concavité de la courbure. On conçoit d'ailleurs que cette lésion puisse ne porter que sur l'un des deux os. Les signes sont : la douleur, une certaine difficulté à mouvoir le membre et surtout une incurvation très appréciable à l'œil. Saisissez l'avant-bras au-dessus et au-dessous du point incurvé et redressez-le. Vous percevez alors, non toujours cependant, un petit bruit sec qui vous annonce que la fracture s'est complétée dans le redressement.

Une autre observation relative à la fracture de l'avant-bras chez l'enfant, c'est qu'elle est presque toujours sous-périostée. N'espérez donc pas percevoir la crépitation. Par contre, vous observerez une incurvation souvent très nette du membre, et vous déterminerez facilement en ce point une flexion anormale.

L'avant-bras étant redressé, maintenez-le pendant une quinzaine de jours avec une gouttière de carton bien rembourrée d'ouate. *Surtout pas de compression.*

La fracture de l'avant-bras chez l'adulte a donné lieu à un grand nombre de discussions, surtout en ce qui concerne le traitement, car en effet le diagnostic est si facile qu'il s'impose en quelque sorte à première vue : déformation, crépitation, mobilité anormale, etc. ; c'est une fracture classique. Mais on s'est beaucoup préoccupé, et avec raison, du rétablissement et du maintien de l'espace interosseux, sans lequel les mouvements de pronation et de supination sont impossibles. On conçoit en effet que les quatre bouts d'os qui sont en rapport puissent affecter entre eux les rapports les plus variés, se consolident dans une position vicieuse, qu'ils se soudent même tous les quatre ensemble. Comment s'opposer à ces résultats défectueux ?

Il ne faut pas songer à exercer une action directe sur les fragments. Nélaton avait bien essayé d'interposer entre eux un petit cylindre qu'il fixait sur la peau, mais je doute que ce moyen soit bien efficace. Je pense qu'il faut chercher la solution de la question dans l'attitude à donner au membre pendant sa consolidation.

Que faut-il éviter d'abord ? C'est de mettre l'avant-bras dans la pronation : dans ce mouvement, en effet, les deux os se croisent et éprouvent leur maximum de rapprochement au point de se toucher. Dans la supination au contraire, les deux os étant parallèles se trouvent à leur maximum d'écartement. C'est donc évidemment l'attitude du membre en supination qui est indiquée pour obtenir le maintien de l'espace interosseux. Mais est-il possible d'imposer au blessé l'attitude en supination pendant la durée du traitement ? Essayez sur vous-même, et vous ne tarderez pas à vous convaincre que la supination complète occasionne de vives douleurs dans le pli du coude et ne tarde pas à devenir intolérable. Ce moyen n'est donc pas pratique. La conclusion est qu'il faut donner au membre une position intermédiaire à la pronation et à la supination, en inclinant un peu l'avant-bras du côté de ce dernier mouvement. Mettez d'ailleurs les choses au pis ; supposez que la consolidation soit irrégulière malgré vos soins et que l'espace interosseux ait disparu, mais n'est-ce pas encore cette position qui permettra plus tard au blessé de tirer le meilleur parti de son bras ?

Quel genre d'appareil convient-il d'employer ? C'est là une question de pratique capitale, et comme preuve retenez ce fait : la plupart des indemnités réclamées aux médecins ont pour origine un appareil défectueux appliqué sur l'avant-bras.

La situation superficielle des artères radiale et cubitale rend la compression très dangereuse sur l'avant-bras. La gangrène de la main tout entière en a été maintes fois la conséquence. Ajoutez que la peau repose presque directement sur les os dans le tiers inférieur et qu'il s'y développe rapidement, en une seule nuit, des plaques de sphacèle, même avec un appareil modérément serré. J'en suis arrivé, pour mon compte, à ne plus jamais appliquer d'attelles sur l'avant-bras, à moins qu'elles ne soient enveloppées d'une épaisse couche d'ouate, et le plus sage est d'y renoncer complètement.

Voici, après un certain nombre de tâtonnements, l'appareil au-

quel je me suis définitivement arrêté pour les fractures de l'avant-bras.

Le membre étant bien maintenu par un aide dans la position intermédiaire à la pronation et à la supination, appliquez sur le bord cubital de l'avant-bras et de la main le plein d'une attelle de tarlatane imbibée de plâtre. Relevez-la sur les faces antérieure et postérieure de façon à laisser libre le bord radial. C'est, en somme, une gouttière plâtrée dont le fond répond au bord cubital. L'attelle est fixée avec une bande et le membre maintenu dans la position voulue jusqu'à ce que le plâtre soit sec.

Le poignet doit être immobilisé. Le coude est laissé libre.

Quel que soit l'appareil employé, le blessé ne doit pas souffrir. Surveillez attentivement, surtout pendant les premiers jours, et à la moindre plainte enlevez l'appareil pour inspecter les parties et vous rendre compte de la cause des douleurs. Ce précepte, bon à suivre pour toutes les fractures en général, est surtout applicable aux fractures de l'avant-bras, et en particulier chez les enfants.

CHAPITRE V

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU POIGNET.

Les *traumatismes* du poignet sont extrêmement fréquents. On y observe principalement des plaies et des fractures. L'articulation radio-carpienne est quelquefois atteinte d'entorse, et très exceptionnellement de luxation. Cette région présente en outre une affection tout à fait spéciale, la luxation du cartilage triangulaire.

Plaies du poignet. — Les plaies du poignet présentent une importance toute particulière, en raison de leur fréquence et de leur gravité. Le mécanisme de leur production est à peu près constamment le même : c'est une chute sur un tesson de bouteille ou le passage de la main à travers un carreau, c'est-à-dire que 19 fois sur 20, si ce n'est davantage, ces plaies sont produites par des éclats de verre. Aussi sont-elles toujours plus ou moins contuses et les bords n'ont que peu de tendance à la réunion immédiate (je ne parle pas ici des plaies du poignet par écrasement ou par arrachement nécessitant une amputation immédiate de l'avant-bras et qui ne diffèrent pas de celles des autres régions).

Ce qui constitue la gravité de ces plaies, c'est que dans un très petit espace et presque immédiatement sous la peau se trouvent groupés un grand nombre de tendons, des artères et surtout des nerfs, qui tiennent sous leur dépendance les mouvements de la main. C'est principalement à la face antérieure que se rencontrent ces organes, et c'est aussi cette face qui, se présentant la première à l'agent vulnérant, est le plus ordinairement intéressée. Cependant on y observe aussi des blessures de la face postérieure et de la face externe qui ne sont pas non plus sans importance, en raison des tendons qui les traversent pour se rendre aux doigts.

En présence d'une plaie du poignet votre premier soin doit être de rechercher s'il ne reste pas dans son intérieur un débris de corps étranger, surtout un éclat de verre. Explorez-la donc soigneusement avec les doigts avant de faire le pansement.

Vous rechercherez ensuite l'état des artères, des tendons et des nerfs.

Les *plaies artérielles* du poignet sont faciles à reconnaître : l'hémorragie se produit devant vous, ou bien vous apprenez que le sang a jailli fortement au moment de la blessure et que le malade en a perdu une grande quantité avant qu'on ait eul e temps d'établir une compression. Le siège de la blessure vous indiquera en général quelle est l'artère blessée : le plus ordinairement c'est la radiale ; ce pourrait être aussi, lorsque la plaie est située plus en dedans, l'artère radio-palmaire. Une plaie de la partie interne intéressera la cubitale et, si la plaie s'étend vers la ligne médiane, l'hémorragie pourrait provenir de l'artère du nerf médian ou de l'interosseuse. Il est bon d'être fixé autant que possible sur l'artère qui fournit le sang, afin d'arriver plus sûrement à la découvrir ; cependant cette notion n'a dans l'espèce qu'une importance secondaire, puisqu'il faut chercher dans une plaie déjà faite jusqu'à ce que l'on trouve le vaisseau divisé.

Si le sang s'écoule au moment de votre arrivée, la conduite est toute tracée : faites comprimer l'humérale ou bien enroulez un tube élastique autour du bras et allez à la recherche de l'artère blessée. La plaie étant toujours transversale, pratiquez une incision verticale sur le trajet connu de l'artère et pénétrez, couche par couche, jusqu'au foyer de l'hémorragie. Si l'artère est divisée incomplètement, vous la trouverez aisément et vous appliquerez un fil au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle. Mais